

Karta wypadku na terenie Aquapark Polkowice Regionalne Centrum Rekreacyjno – Rehabilitacyjne S.A.

Czas i miejsce zdarzenia

Informacja o poszkodowanym

Data zdarzenia	
Godzina zdarzenia	
Miejsca zdarzenia	

Nazwisko	
Imię	
Wiek (data urodzenia)	
Adres	
Telefon kontaktowy	

Imię i nazwisko ratownika	
---------------------------	--

Opis zdarzenia

(czy zdarzenie spowodowane było konsekwencją naruszenia regulaminów obowiązujących w Aquapark Polkowice Regionalne Centrum Rekreacyjno - Rehabilitacyjne S.A.)

NIE WYRAŻAM ZGODY NA UDZIELENIE POMOCY MEDYCZNEJ

Podpis poszkodowanego lub opiekuna prawnego poszkodowanego:	
Podpisy świadków:	

RODZAJ ORAŻEŃ / OBJAWÓW

POSTĘPOWANIE

omdlenie	<input type="checkbox"/>	zaburzenie równowagi	<input type="checkbox"/>	brak objawów	<input type="checkbox"/>	100% tlen	<input type="checkbox"/>
nieprzytomny	<input type="checkbox"/>	pozycja: boczna	<input type="checkbox"/>	na wznak	<input type="checkbox"/>	100% tlen	<input type="checkbox"/>
niedrożność dróg oddechowych	<input type="checkbox"/>	udrożnienie: bezprzyżądowe	<input type="checkbox"/>	rurka ustno-gardłowa	<input type="checkbox"/>	100% tlen	<input type="checkbox"/>
bezdech	<input type="checkbox"/>	oddech sztuczny: powietrze	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	100% tlen	<input type="checkbox"/>
zatrzymanie krążenia	<input type="checkbox"/>	masaż zewnętrzny serca	<input type="checkbox"/>	AED	<input type="checkbox"/>	100% tlen	<input type="checkbox"/>
podtopienie	<input type="checkbox"/>	stabilizacja głowy	<input type="checkbox"/>	termoizolacja	<input type="checkbox"/>	100% tlen	<input type="checkbox"/>
obrażenia głowy	<input type="checkbox"/>	stabilizacja głowy	<input type="checkbox"/>	opatrunek	<input type="checkbox"/>	100% tlen	<input type="checkbox"/>
obrażenia kręgosłupa / podejrzenie obrażeń	<input type="checkbox"/>	stabilizacja głowy	<input type="checkbox"/>	deska ortopedyczna	<input type="checkbox"/>	100% tlen	<input type="checkbox"/>
rany, krwawienia	<input type="checkbox"/>	opatrunek: osłaniający	<input type="checkbox"/>	uciskowy	<input type="checkbox"/>	unieruch.	<input type="checkbox"/>
złamania i podejrzenia złamań	<input type="checkbox"/>	unieruch.: poz. zastana	<input type="checkbox"/>	poz. fizjologiczna	<input type="checkbox"/>	100% tlen	<input type="checkbox"/>
zwichnięcia	<input type="checkbox"/>	unieruch.: poz. zastana	<input type="checkbox"/>				
oparzenia	<input type="checkbox"/>	schładzanie: woda	<input type="checkbox"/>	opatrunek jałowy	<input type="checkbox"/>		
duszność	<input type="checkbox"/>	pozycja siedząca	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	100% tlen	<input type="checkbox"/>
wychłodzenie	<input type="checkbox"/>	osuszanie ciała	<input type="checkbox"/>	termoizolacja	<input type="checkbox"/>	100% tlen	<input type="checkbox"/>
wstrząs / zagrożenie wstrząsem	<input type="checkbox"/>	ułożenie p/wstrząsowe	<input type="checkbox"/>	termoizolacja	<input type="checkbox"/>	100% tlen	<input type="checkbox"/>
nudności / wymioty	<input type="checkbox"/>	obserwacja	<input type="checkbox"/>	pozycja boczna	<input type="checkbox"/>		
ból w klatce piersiowej	<input type="checkbox"/>	pozycja półsiedząca	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	100% tlen	<input type="checkbox"/>
inne obrażenia	<input type="checkbox"/>	postępowanie:					

WEZWANE SŁUŻBY

Pogotowie	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE (nie było wymagane)	<input type="checkbox"/> NIE (poszkodowany nie wyraził zgody)
Policja	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE (nie było wymagane)	<input type="checkbox"/> NIE (poszkodowany nie wyraził zgody)
Straż Pożarna	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE (nie było wymagane)	

Poszkodowanego (opiekuna/członka rodziny) zapoznano z treścią karty wypadku i pouczono o prawie zgłaszania uwagi i zastrzeżeń do ustaleń zawartych w karcie wypadku, oraz poinformowano o konieczności konsultacji lekarskiej.

.....
data i podpis osoby udzielającej pierwszej pomocy

.....
data i podpis poszkodowanego/opiekuna